



Häufig gestellte Fragen zu den Pflege-Zusatztarifen

IndividualPflege (PIN) und
FörderPflege (PF)

Stand 5.2017

1. Fragen zur Pflegezusatzversicherung allgemein

1.1 Warum ist eine Pflegezusatzversicherung sinnvoll?

Mehr als zwei Millionen Menschen sind bereits heute in Deutschland auf Pflege angewiesen. Auf die Betroffenen und gegebenenfalls auch auf die nächsten Angehörigen kommen neben den psychischen und physischen auch hohe finanzielle Belastungen zu. Die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt hierfür eine Grundversorgung. Die gesetzliche Pflegeversicherung wird im Umfeld der gesetzlichen Krankenversicherung auch gesetzliche oder soziale Pflegepflichtversicherung genannt, im Umfeld der privaten Krankenversicherung auch private Pflegepflichtversicherung. In beiden Ausprägungen besitzt die gesetzliche Pflegeversicherung den exakt gleichen Leistungsumfang.

Die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung reichen jedoch in der Regel nicht aus, um die Kosten für eine professionelle Pflegekraft oder für vollstationäre Pflege zu bezahlen. So erhält ein Schwerstpflegebedürftiger (bei Einstufung in Pflegegrad 5) für die vollstationäre Pflege in einem Heim 2.005 Euro von der Pflegepflichtversicherung. Die tatsächlichen Kosten liegen jedoch bereits heute bei rund 2.700 bis 3.700 Euro. Die monatliche finanzielle Lücke ist vom Pflegebedürftigen selbst aus Rente/Pension und Privatvermögen zu zahlen. Reicht das Einkommen oder das Vermögen nicht aus, werden die nächsten Angehörigen (Ehepartner, Kinder) zur Finanzierung der Kosten herangezogen. Erst wenn alle finanziellen Spielräume ausgeschöpft sind, leistet das Sozialamt.

Wer die mit einer Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Belastungen verringern möchte, sollte rechtzeitig aktiv werden und eine Pflegezusatzversicherung abschließen.

Die Pflegezusatzversicherung stockt die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung auf und erhält somit den finanziellen Spielraum im Pflegefall.

1.2 Unter welchen Voraussetzungen leistet die Pflegepflichtversicherung?

Die Pflegepflichtversicherung (gesetzlich ebenso wie privat) erbringt dann eine Leistung, wenn die pflegebedürftige Person durch den medizinischen Dienst in einen der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5 eingestuft wurde. Hierbei wird das Maß der Selbstständigkeit zu Grunde gelegt (siehe Frage Nr. 1.4).

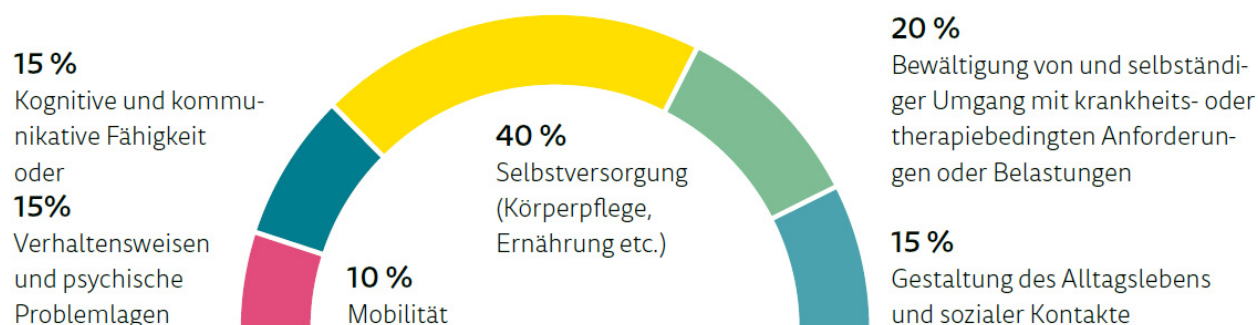
1.3 Welche Auswirkungen hat das Pflegestärkungsgesetz II?

Pflegebedürftigkeit wird ab dem 01. Januar 2017 neu definiert. Fünf Pflegegrade ersetzen seitdem die bisherigen drei Pflegestufen, was zu einigen Leistungsverbesserungen geführt hat, aber auch zu höheren Kosten in der Pflege – und in der Pflegeversicherung.

Bisher wurden Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen (zum Beispiel Demenz) nicht in gleicher Weise berücksichtigt wie diejenigen mit rein körperlichen. Sie wurden ungleich behandelt, sowohl bei der Begutachtung als auch hinsichtlich der Art und Höhe der Leistungen, die sie aus der Pflegeversicherung erhalten haben. Durch das Pflegestärkungsgesetz II wurde dies zum 01. Januar 2017 geändert. Seitdem gelten ein neues Begutachtungsverfahren und ein angepasstes Leistungsrecht. Demenzerkrankte Personen erhalten jetzt die gleiche Berücksichtigung und Leistungen wie Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit auf körperlichen Beschwerden beruht.

Die „Minutenpflege“ gehört der Vergangenheit an, die persönlichen Bedürfnisse werden besser berücksichtigt. Deshalb orientiert sich die Einstufung der Pflegebedürftigkeit seit dem 01.01.2017 nicht mehr an der Zeit, die zur Unterstützung eines Pflegebedürftigen benötigt wird, sondern an dem Maß der Selbstständigkeit.

Seit Anfang 2017 werden vor Einstufung in einen Pflegegrad sechs Lebensbereiche geprüft und unterschiedlich gewichtet. Kognitive oder psychische Beeinträchtigungen spielen dabei eine größere Rolle als bisher.



1.4 Welche Pflegegrade gibt es und wie sind diese definiert?

Durch den medizinischen Dienst wird festgestellt, ob Pflegebedürftigkeit besteht. Es wird das Maß der Selbstständigkeit zu Grunde gelegt.

Pflegegrad 1	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 2	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 3	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 4	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 5	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

2. Fragen zu Vertragsangelegenheiten

2.1 Ab wann besteht Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht ab Versicherungsbeginn.

Im Tarif **IndividualPfle**ge gibt es keine Wartezeiten.

Im Tarif **FörderPfle**ge beträgt die Wartezeit fünf Jahre. Diese entfällt bei Unfall. Weiterhin entfällt die Wartezeit nach Tarif **FörderPfle**ge, wenn gleichzeitig ein Pflegezusatztarif mit Gesundheitsprüfung (Tarife 68, 69 und IndividualPflege) abgeschlossen wird. Auch bei nachträglichem Abschluss eines Tarifs mit Gesundheitsprüfung entfällt die verbleibende Wartezeit nach Tarif **FörderPfle**ge ab Abschlusszeitpunkt des Tarifs mit Gesundheitsprüfung.

2.2 Besteht im Leistungsfall Beitragsfreiheit?

Sobald Sie in Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft werden und Leistungen aus dem Pflegezusatztarif **IndividualPfle**ge erhalten, müssen Sie für den gesamten Tarif keinen Beitrag mehr bezahlen.

Bei bestehendem Pflegegrad 1, 2 oder 3 müssen Sie die Beiträge für den gesamten Tarif weiter zahlen. Gleiches gilt, wenn Sie in Pflegegrad 4 oder 5 eingestuft sind, diesen Pflegegrad aber nicht versichert haben. Dann müssen Sie die Beiträge für den gesamten Tarif **IndividualPfle**ge weiterhin zahlen.

Im Tarif **FörderPfle**ge müssen die Beiträge auch im Leistungsfall in voller Höhe entrichtet werden.

2.3 Wer kann eine private Pflegezusatzversicherung nach Tarif ARAG FörderPfle

Im Tarif IndividualPfle

ge ist eine Versicherung erst ab einem Alter von 13 Jahren möglich.
Eine private Pflegezusatzversicherung nach Tarif **FörderPfle**ge kann jeder ab Alter 18 abschließen, der pflegepflichtversichert ist. Es ist dabei unerheblich, ob die versicherte Person gesetzlich oder privat krankenversichert ist, da die gesetzliche und die private Pflegepflichtversicherung den exakt gleichen Leistungsumfang besitzen.

Die Möglichkeiten der Kindernachversicherung bleiben weiterhin bestehen.

2.4 Wie ist das Prozedere im Pflegefall?

1. Stellen eines Antrags auf Leistung aus der Pflegepflichtversicherung bei der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung
2. Möglichst zeitgleiche Meldung bei der ARAG-Krankenversicherung (durch Anruf, Brief, Fax oder E-Mail)
3. Begutachtung und Erstellen des Pflegegutachtens durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. der privaten Pflegeversicherung.
4. Wird keine Pflegebedürftigkeit festgestellt, endet der Prozess. Wird ein Pflegegrad anerkannt, so erfolgt eine Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung.
5. Der ARAG-Krankenversicherung ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes und die Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung vorzulegen.
6. Bei Vorliegen des Gutachtens und der Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung erfolgt seitens der ARAG eine Leistungszusage.
7. Die versicherte Leistung wird monatlich an Sie ausgezahlt. Ein Kostennachweis ist nicht erforderlich
8. In vierteljährlichen Abständen fordern wir von Ihnen einen Nachweis über das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit an. Die Bestätigung erhalten Sie von Ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung.

2.5 Gibt es weitere Optionen zur Erweiterung des Versicherungsschutzes?

Über die Möglichkeit der dynamischen Anpassung hinaus, bietet der Tarif **IndividualPfle**ge bei einer Reihe wichtiger Ereignisse die Möglichkeit, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten zu erweitern. Das bedeutet, es können sowohl versicherte Tagessätze erhöht, als auch neue – bisher nicht versicherte – Pflegegrade hinzuversichert werden. Voraussetzung ist, dass noch kein Pflegeantrag gestellt wurde.

Anlässe für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Nachversicherungsgarantie sind:

- Abschluss einer Berufsausbildung bzw. eines Studiums
- Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes
- Erstmaliger Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners
- Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners
- Scheidung vom Ehepartner oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft

Die Liste ist abschließend. Durch die genannten Ereignisse kann sich der Absicherungsbedarf für den Pflegefall ändern. Wir bieten Ihnen mit der Nachversicherungsgarantie volle Flexibilität für die wichtigsten Veränderungen in Ihrem Leben.

Tarif **FörderPfle**ge bietet keine Option zur Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2.6 Welcher Zeitraum ist bezüglich der Nachversicherungsgarantie zu beachten?

Der Antrag auf Nachversicherung in Tarif **IndividualPfle**ge muss innerhalb von drei Monaten nach dem jeweiligen Anlass erfolgen. Dem Antrag ist ein geeigneter Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beizufügen. Die Umstellung des Versicherungsschutzes tritt zum Ersten des Monats in Kraft, der auf die Antragstellung folgt. Der zu zahlende Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld bemisst sich nach dem im Jahr der Erhöhung des Versicherungsschutzes erreichten Lebensalter der versicherten Person.

Beispiel zur Veranschaulichung:

Die Versicherungsnehmerin möchte aufgrund der Geburt Ihres Kindes am 10.05.2017 den versicherten Tagessatz erhöhen. Der Antrag auf Nachversicherung und der Nachweis müssen bis zum 10.08.2017 der ARAG Krankenversicherung vorliegen. Wenn der Antrag am 10.08.2017 gestellt wird, tritt die Umstellung ab dem 01.09.2017 in Kraft.

3. Fragen zu den Leistungen Tarif FörderPflege (PF)

3.1 Worin bestehen die Leistung des Tarifs PF?

Die Leistung des Tarifs **FörderPflege** staffelt sich je nach erreichtem Pflegegrad folgendermaßen:

Pflegegrad 1	10 Prozent
Pflegegrad 2	20 Prozent
Pflegegrad 3	30 Prozent
Pflegegrad 4	40 Prozent
Pflegegrad 5	100 Prozent

Der versicherte Tagessatz in Pflegegrad 5 beträgt mindestens 20 Euro. Der monatliche Mindestbeitrag liegt bei 15 Euro, nach Abzug der staatlichen Förderung von 5 Euro, die von der zuständigen Behörde direkt an uns überwiesen wird, verbleibt für Sie in diesem Fall zur Zahlung ein Beitrag von 10 Euro. Je nach Eintrittsalter der versicherten Person kann der versicherte Tagessatz höher sein als 20 Euro in Pflegegrad 5 oder der monatliche Beitrag höher als der Mindestbeitrag von 15 Euro.

3.2 Ist die ausgezahlte Versicherungsleistung von der Pflegeart abhängig?

Nein. Die Höhe der Versicherungsleistung richtet sich nur nach dem festgestellten Pflegegrad und dem in dem jeweiligen Pflegegrad versicherten Tagessatz. Dieser Betrag wird Ihnen ausgezahlt, unabhängig davon, ob Sie im Pflegeheim, zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst oder von Angehörigen gepflegt werden.

3.3 Muss für erbrachte Pflegeleistungen ein Kostennachweis erbracht werden?

Nein. Das versicherte Pfl egetagegeld wird ohne Kostennachweis ausgezahlt. Sie können über den Betrag frei verfügen.

3.4 Bietet der Pflegezusatztarif ARAG FörderPflege eine dynamische Leistungsanpassung?

Ja. Gerade in der Pflegezusatzversicherung liegt zwischen Vertragsabschluss und Leistungsbezug häufig ein Zeitraum von mehreren Jahren bis Jahrzehnten. Durch den Wertverlust der Inflation kann die bei Vertragsabschluss bedarfsgerechte Versicherungsleistung bei Eintritt des Leistungsfalls Jahre später deutliche Lücken aufweisen. Daher ist es wichtig, den Versicherungsschutz regelmäßig anzupassen.

Eine dynamische Anpassung übernimmt die ARAG Krankenversicherung für Sie. Alle drei Jahre passt die ARAG das vereinbarte Tagegeld in Pflegegrad 5 an. Basis ist die Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten gemäß dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“. Betrachtet werden hierbei die zuletzt beobachteten drei Veränderungsdaten. Der Anpassungssatz ist auf maximal 10 Prozent je Anpassung begrenzt.

Die Leistungsanpassung findet in der jeweiligen Leistungsstufe nur statt, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach Tarif PF bestand und sich während dieser Zeit die vereinbarten Tagessatzhöhen nicht geändert haben.

Auch wenn Sie bereits Leistungen aus den Pflegezusatztarifen erhalten, nehmen Sie an den dynamischen Leistungserhöhungen weiterhin teil. Die Anpassungen sind nicht auf ein bestimmtes Alter begrenzt.

Sind Sie mit der dynamischen Erhöhung nicht einverstanden, so können Sie dieser in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Haben Sie zwei Erhöhungen hintereinander widersprochen, so nehmen Sie an weiteren Anpassungen nicht mehr teil.

3.5 Was passiert, wenn sich die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ändert?

Die maximale Tarifleistungen des Tarifs **FörderPflege** wird immer durch die Höhe des vereinbarten Tagessatzes in Pflegegrad 5 bestimmt. Ändern sich künftig die Leistungshöhe oder Leistungsarten in der Pflegepflichtversicherung, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe des Pfl egetagegeldes.

Informationen zu diesem Thema bei der ARAG **FörderPflege** finden Sie unter § 22 Teil I der AVB.

Für Sie bedeutet dies konkret:

Die ARAG Krankenversicherung verpflichtet sich, bei gesetzlichen Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs neue beziehungsweise veränderte, mit dem dann vorliegenden System der Pflegepflichtversicherung kompatible Tarife zu entwickeln. Die ARAG Krankenversicherung wird alle Versicherten des Tarifs PF über die gesetzlichen Änderungen informieren und die Möglichkeit zur Überführung ihrer Verträge in die neuen beziehungsweise veränderten Tarife darlegen. Dabei erfolgt die Vertragsumstellung bis zum Umfang der bisher abgesicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten.

3.6 Besteht Versicherungsschutz im Ausland?

Bei Abschluss des Vertrages nach Tarif **FörderPflege** muss die versicherte Person in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung der Bundesrepublik Deutschland versichert sein und ihren ständigen Aufenthalt in Deutschland haben.

Verzieht die versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder einen Staat, der dem europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehört, so kann der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung fortgesetzt werden. Dies gilt auch dann, wenn die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung nicht weiter besteht.

Eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Nicht-EU-/Nicht-EWR-Staat ist nach Tarif **FörderPflege** nicht möglich. Es besteht jedoch die Möglichkeit, den Vertrag im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Versicherungsschutz nach Tarif **FörderPflege**. Kehrt der Versicherungsnehmer nach Deutschland beziehungsweise in einen EU-/EWR-Staat zurück, so endet die Anwartschaftsversicherung nach Tarif **FörderPflege** und der Versicherungsschutz lebt wieder auf.

4. Fragen zu den Leistungen Tarif IndividualPflege (PIN)

4.1 Worin bestehen die Leistung des Tarifs?

Die Leistung des Tarifs **IndividualPflege** besteht in der Zahlung des vereinbarten Pfl egetagegelds bei Einstufung in den entsprechend versicherten Pflegegrad. Nähere Informationen zur Definition der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5 finden Sie unter der Antwort zu Frage 1.4.

Der Tarif **IndividualPflege** besteht aus fünf Leistungsstufen:

PIN1 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1,
PIN2 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2,
PIN3 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3,
PIN4 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4,
PIN5 bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 5.

Je Leistungsstufe wird ein eigener Tagessatz versichert. Die Absicherung ist in 1-Euro-Schritten möglich. Je abgeschlossener Leistungsstufe muss mindestens 5 EUR Tagessatz abgesichert werden. Dabei kann der versicherte Tagessatz in PIN1 maximal 100 Euro, in den Leistungsstufen PIN2 bis PIN5 jeweils maximal 150 Euro betragen. Es müssen nicht alle Leistungsstufen abgesichert werden.

Bei erstmaliger Einstufung in einen versicherten Pflegegrad wird zusätzlich das 60-fache des in diesem Pflegegrad im Tarif **IndividualPflege** versicherten Tagessatzes ausgezahlt.

Die Tarife **IndividualPflege** und **FörderPflege** können miteinander kombiniert werden. Durch die Flexibilität der **IndividualPflege** können die je Leistungsstufe versicherten Tagessätze bedarfsgerecht auf den Tarif **FörderPflege** abgestimmt werden.

4.2 Ist die ausgezahlte Versicherungsleistung von der Pflegeart abhängig?

Nein. Die Höhe der Versicherungsleistung richtet sich nur nach dem festgestellten Pflegegrad und dem in dem jeweiligen Pflegegrad versicherten Tagessatz. Dieser Betrag wird Ihnen ausgezahlt, unabhängig davon, ob Sie im Pflegeheim, zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst oder von Angehörigen gepflegt werden.

4.3 Muss für erbrachte Pflegeleistungen ein Kostennachweis erbracht werden?

Nein. Das versicherte Pfl egetagegeld wird ohne Kostennachweis ausgezahlt. Sie können über den Betrag frei verfügen.

4.4 Bietet der Pflegezusatztarife ARAG IndividualPflege eine dynamische Leistungsanpassung?

Ja. Gerade in der Pflegezusatzversicherung liegt zwischen Vertragsabschluss und Leistungsbezug häufig ein Zeitraum von mehreren Jahren bis Jahrzehnten. Durch den Wertverlust der Inflation kann die bei Vertragsabschluss bedarfsgerechte Versicherungsleistung bei Eintritt des Leistungsfalls Jahre später deutliche Lücken aufweisen. Daher ist es wichtig, den Versicherungsschutz regelmäßig anzupassen.

Eine dynamische Anpassung übernimmt die ARAG Krankenversicherung für Sie. Alle drei Jahre passt die ARAG das vereinbarte Tagegeld in Pflegegrad 5 an. Basis ist die Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten gemäß dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland – insgesamt“. Betrachtet werden hierbei die zuletzt beobachteten drei Veränderungsdaten. Der Anpassungssatz ist auf maximal 10 Prozent je Anpassung begrenzt.

Die Leistungsanpassung findet in der jeweiligen Leistungsstufe nur statt, sofern während der letzten 24 Monate vor der Leistungsanpassung eine Versicherung nach Tarif PF bestand und sich während dieser Zeit die vereinbarten Tagessatzhöhen nicht geändert haben.

Auch wenn Sie bereits Leistungen aus den Pflegezusatztarifen erhalten, nehmen Sie an den dynamischen Leistungserhöhungen weiterhin teil. Die Anpassungen sind nicht auf ein bestimmtes Alter begrenzt. Die dynamische Leistungsanpassung endet allerdings mit Ende der Beitragszahlung, also bei Eintritt der Leistungsbefreiung.

Sind Sie mit der dynamischen Erhöhung nicht einverstanden, so können Sie dieser in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Haben Sie zwei Erhöhungen hintereinander widersprochen, so nehmen Sie an weiteren Anpassungen nicht mehr teil.

4.5 Was passiert, wenn sich die Leistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ändert?

In der Tarifbeschreibung der ARAG **IndividualPflege** PIN (Teil III der AVB) sind Informationen zu diesem Thema unter Punkt 3 Anpassung des Versicherungsschutzes enthalten.

Für Sie bedeutet dies konkret:

Die ARAG Krankenversicherung verpflichtet sich, bei gesetzlichen Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs neue beziehungsweise veränderte, mit dem dann vorliegenden System der Pflegepflichtversicherung kompatible Tarife zu entwickeln. Die ARAG Krankenversicherung wird alle Versicherten der Tarife PI und PF über die gesetzlichen Änderungen informieren und die Möglichkeit zur Überführung ihrer Verträge in die neuen beziehungsweise veränderten Tarife darlegen. Dabei erfolgt die Vertragsumstellung bis zum Umfang der bisher abgesicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten.

4.6 Besteht Versicherungsschutz im Ausland?

Bei Abschluss des Vertrages nach Tarif **IndividualPflege** muss die versicherte Person in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung der Bundesrepublik Deutschland versichert sein und ihren ständigen Aufenthalt in Deutschland haben.

Verzieht die versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder einen Staat, der dem europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehört, so kann der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung fortgesetzt werden. Dies gilt auch dann, wenn die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung nicht weiter besteht.

Eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Nicht-EU-/Nicht-EWR-Staat ist nach Tarif **IndividualPflege** nur möglich, falls hierfür eine besondere Vereinbarung abgeschlossen wird. Es besteht jedoch die Möglichkeit, den Vertrag im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Versicherungsschutz nach Tarif **IndividualPflege**. Kehrt der Versicherungsnehmer nach Deutschland beziehungsweise in einen EU-/EWR-Staat zurück, so endet die Anwartschaftsversicherung nach Tarif **IndividualPflege** und der Versicherungsschutz lebt wieder auf.

Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu drei Monaten (z.B. Urlaubsreisen) besteht Versicherungsschutz weltweit auch ohne besondere Vereinbarung.

Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif (Teil III der AVB) die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/EPV 2017 und MB/GEPV 2017 (Teil I der AVB) und die Tarifbedingungen (Teil II der AVB).